

第10回 在宅医療推進フォーラム

～新しい地域社会の創造に向けて～

2014年11月23日(日・祝)
於:名古屋大学 豊田講堂

主催 独立行政法人 国立長寿医療研究センター
公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

第 10 回 在宅医療推進フォーラム

～新しい地域社会の創造に向けて～

在宅医療の現状や課題について話し合うことを目的に、毎年 11 月 23 日に行われている在宅医療推進フォーラム。第 10 回の節目を迎えた 2014 年のフォーラムは、名古屋大学豊田講堂にて実施。在宅医療を推進する各団体、行政などが一堂に介し、『新しい地域社会の創造に向けて』をテーマに、未来を展望する活発な議論が展開された。

全国 11 ブロックフォーラム報告会

【総合司会】

和田忠志氏（医療法人社団実幸会 いらはら診療所 在宅医療部長）

中野一司氏（医療法人ナカノ会 理事長）

全国 11 ブロックフォーラム報告会では、各ブロックの代表者が登壇し、各地での取り組みについて報告した。

報告に先立ち、全体挨拶を行った全国在宅療養支援診療所連絡会会長の新田國夫氏は、「在宅医療の推進は、明らかにセカンドステージに入った」と宣言。国家の政策として在宅医療の推進が強く求められていることを強調した。その上で、「本フォーラムを単なる決起集会にするのではなく、改めて課題をしっかりと見据えて次のステージに臨む場にしていく必要がある」と呼びかけた。

さらに新田氏は、「在宅医療を面と質の両側面から整備」、「市区町村と地区医師会の役割の重要性」、「病院医療と在宅医療が同じ目線に立つこと」という 3 つの課題を提示。「これらをしっかりと成し遂げてこそ、新しい日本の姿が見えてくるだろう」と展望を語り、全国 11 ブロックの代表者からの報告へとつないだ。

以下、その概略を報告する。

●北海道：前野宏氏（札幌医療生活協同組合ホームケアクリニック札幌 理事長）



2014 年 10 月 25 日、札幌市にて、第 5 回北海道在宅医療推進フォーラムが開催された。テーマは、「がんになっても最期まで家で過ごすために～在宅ホスピスのすすめ～」。在宅で最期まで過ごしたいとの希望があるにも関わらず、北海道ではがんの在宅看取りは施設を含めても 4%程度に留まっている。今回のテーマは、改めてこの問題に向き合うのが狙い。

当日の参加者は 411 名で、うち市民が半数程度。基調講演とシンポジウムの 2 部構成で展開された。基調講演では市民に向けて、在宅ホスピスという素晴らしい選択肢があるというメッセージが送られると同時に、医療者に向けては、患者、家族の意思決定を支えるアドバンスケアプランニングの重要性、そしてそれをいかに多忙な

治療現場に取りこむか、といった課題が示された。

続くシンポジウムでは、実際に在宅で看取りを経験した遺族をはじめ、腫瘍内科医、訪問看護師など多職種が議論。がん患者の在宅生活を支えるには判断力とスピードが要求されることなど、さまざまな課題が指摘された。

●東北：小倉和也氏（はちのへファミリークリニック 院長）



’14 年 10 月 13 日、青森県八戸市にて、「家で暮らしたい」を支えるために」をテーマに東北在宅医療推進フォーラムが行われた。

第 1 部のテーマは「地域連携と教育」。

診療所で長年、家庭医療研修を続け、研修を受けた医師が地域の中核病院や大学病院の全科に在籍するような状況を創り上げたことで、スムーズな病診連携が可能となった、滋賀県の先進事例が紹介された。さらに、八戸地域での連携構築を目的に組織された「八戸地域在宅医療ネットワーク」の取り組みも紹介された。

続く第 2 部では、東北における小児在宅医療の現状と課題についてモデルケースをもとに討論し、第 3 部では一般市民に在宅看取りの実際を知ってもらうことを目的に、市民公開講座「在宅医療の現場から～最期まで自分らしい人生を～」を開催。現場の専門職や家族の体験談のインパクトは大きく、終了後のアンケートでは「在宅療養のイメージがつかめた」との回答が多く寄せられた。

●北関東：大澤誠氏（医療法人あづま会 理事長）



’14 年 9 月 7 日、群馬県高崎市にて 2 度目の北関東在宅医療推進フォーラムが開催された。

群馬県では、地域包括ケアに向けた動きはまだこれからの状況にあり、地域で何ができるのか、模索の段階にある。そこで今回は、医師や看護師などの専門職のほか、行政関係者も数多く参加し、「行政と医師会の連携」をテーマに、先進事例に学ぶ内容のフォーラムが展開された。

第 1 部の基調講演では、2 名の演者が登壇。京都府乙訓医師会の横林文子氏からは、主治医 1 名、副主治医 4

名のチーム体制で在宅医療に取り組む同医師会の診診連携について、また厚労省の佐々木昌弘氏からは、'14年6月に成立した地域医療・介護総合確保推進法についての詳しい解説が行われた。

第2部では、訪問看護ステーションが中心となって診療所をつなぐ栃木県壬生町の連携システムや、地域包括支援センターと医師会が二人三脚で地域包括ケアを勧める千葉県松戸市の取り組みなど、各地の実践が紹介され、地域の医師会の役割とは何か、課題はどこにあるのかを、改めて考える貴重な場となった。

●東京：英裕雄氏（医療法人社団三育会 理事長）



東京都は、医師会や行政も含め、在宅医療に積極的なところが多く、在宅看取り率も決して低くはない。そういった実態を踏まえ、東京ブロックのフォーラムでは、在宅医療の基盤整備に関すること

を中心に討議してきた。

'14年2月9日に開催された第4回東京都在宅医療推進フォーラムのテーマは、「多様化する在宅医療の“質”を考える」。第1部では、厚労省の佐々木昌弘氏より在宅医療推進に向けた政策について、また聖路加看護大学の山田雅子氏からは訪問看護の質について、詳しい解説が行われた。さらに第2部では在宅医療を実践している診療所医師と訪問看護師ほか、コメンテーターを交えて多職種連携の在り方について、ディスカッションを行った。

次回の東京都在宅医療推進フォーラムは、'15年2月14～15日に開催される全国在宅療養支援診療所連絡会第2回全国大会のオープンセミナーとして、初日に実施される計画。第1部では「多職種で支える在宅医療の質の担保と継続性」、第2部では「グループ診療としての在宅医療の運営」をテーマに行う予定である。

●南関東：岡田孝弘氏（オカダ外科医院 院長）



'14年11月16日、神奈川県横浜市にて、第4回神奈川県在宅医療推進フォーラムが開催された。

テーマは、「あなたはどこまで一人で暮らしていけますか?」。これから増加が見込まれる独居生活者の在宅医療について、午前の部で問題点を探り、午後の部で解決策について話し合う、という2部構成で議論を行っている。

午前のシンポジウムでは、行政および在宅医療に携わる医師、訪問看護師が登壇。苦痛を緩和できなければ在宅生活は困難であること、独居者の希望を叶えるには意思決定を支援する必要があることなど、実際の事例を交

えながら、独居生活者の在宅医療の現状や課題が具体的に示された。

午後の基調講演では、新田國夫氏が「独居でも安心して暮らせる町へ」と題して講演。続くシンポジウムでは、地域包括支援センターの職員、ケアマネジャー、訪問看護師、歯科医師、薬剤師、在宅医、弁護士まで幅広い専門職が登壇し、法的なアドバイスも含めた独居問題への対応策が議論された。

●甲信越：花形哲夫先生（花形歯科医院 院長）



'14年10月12日、山梨県昭和町にて、第2回甲信越在宅医療推進フォーラムが開催された。主催は山梨県医師会で、テーマは「いのちと向き合う～地域連携でその人らしい最期を～」。

参加者は248名で、専門職では看護師が多く、認知症の家族会など一般市民も数多く参加している。第1部は、「地域の医療・介護活動報告会」を3つの会場で実施。第1会場では「看取り」、第2会場では「連携」、第3会場では「システム」と、それぞれのテーマで活動報告が行われ、甲信越地域における在宅医療の現状および課題などが示された。

第2部の公開記念講演では、2名の講師が看取りをテーマに講演。在宅生活を支えるためには、互助と共助の隙間を埋める地域のつながりを作る必要があること、また、自分らしい生を支えるためには死をタブーとしない、すなわち「看取りの文化」を地域に根付かせることが必要であることなど、人生の延長上にある死についての示唆に富んだ講演が行われた。

●東海北陸：前川裕氏（医療法人前川クリニック 理事長）



'14年9月23日、富山県富山市にて、第5回東海北陸在宅医療推進フォーラムが開催された。

第1部では2名の講師による市民公開講座を実施。「在宅緩和ケアで朗らかにいきよう」と題して講演した小笠原内科医院の小笠原文雄氏は、入院とはあくまで入院治療を要する人がするもので、笑顔で生きるにはできるだけ早く退院すべき、との見解を述べた。また、「支える医療の実践」と題して講演したささえる医療研究所の村上智彦氏は、自身が行っている支える医療について、例えばパチンコに行ったり、地域の祭りに出かけて酒を飲むといった当たり前の生活が、要介護5であってもできるようにする医療だと説明した。

第2部のシンポジウムは、「24時間安心の在宅療養支

援体制の構築」をテーマに、5名のシンポジストが講演。24時間定期巡回・随時対応型訪問介護を展開している訪問看護ステーションをはじめ、在宅療養支援診療所や機能強化型在宅支援病院、後方支援病院と、それぞれがどのような役割を果たしているのかが具体的に示された。

●近畿：竹村恵史氏（竹村医院 院長）



近畿ブロックでは、'13年12月1日、第4回近畿在宅医療推進フォーラムが奈良県奈良市の能楽堂ホールにて実施された。

テーマは、「ほな、ぼちぼち認知症のまわりしまひよか」。「まわり」とは奈良弁で「準備」を意味する言葉。今回は認知症に焦点を絞り、第1部で講演、第2部では近畿ブロック恒例の演劇が行われている。

まず第1部では、奈良県歯科医師会の原健二氏が認知症の基礎知識を解説。続いて登壇した奈良県生駒市介護保険課の田中朋美氏は、行政による認知症対策の実際について語り、生駒市が実践している徘徊高齢者への対応の模擬訓練の様子を紹介した。

第2部では、ケアマネジャーをはじめ多職種で構成された地元奈良県の劇団が、徘徊を繰り返す認知症高齢者を主人公にした演劇を披露。近所の支援体制が次第でできていく様子をわかりやすく描き出すことで、周囲の認知症への理解と協力、そして近所の底力がいかに重要であるかが示された。

●中国：佐藤涼介氏（医療法人佐藤医院 理事長）



中国ブロックでは、'15年5月に、初めての中国ブロック在宅医療推進フォーラムを、岡山市で実施する計画である。主催するのは岡山市医師会および全国在宅療養支援診療所連絡会。岡山市医師会はこれまでも、在宅医療普及のための独自の取り組みを行ってきた。

一つは、在宅医療を行う医師、看取りまで行う医師をホームページ上に公開する「在宅医マップ」の作成。現在、88の診療所が登録している。また、岡山市では各福祉行政区において地域コア会議を過去2年間実施しており、多職種の顔の見える関係を強化してきた。

さらに、医師が在宅で看取りまで行えるよう、医師のスキルアップを目的とした研修会も、定期的実施。これは岡山市医師会が行政からの委託で行っているもので、訪問看護師や薬剤師など多職種を交えて事例検討などを行っている。

在宅医療において重要なポイントは、医療者や家族が

“本人が望む限り家で看取る”という覚悟を持つこと。そのために、岡山市医師会は今後も研修を継続していく計画である。

●四国：和田博隆氏（高知県訪問看護ステーション連絡協議会 副会長）



'14年11月2日、高知市にて第4回四国在宅医療推進フォーラムが開催された。四国ブロックでは毎年、4県の持ち回りでフォーラムを開催しており、これで全県を一巡したことになる。今回は、

「あなたらしく生きるために～地域包括ケアは家族とともにあなたを支えます～」をテーマに、地域包括ケアの要としての看護師の役割に焦点を当てて行われた。

第1部では、療養通所介護、訪問看護、居宅介護支援事業所を運営している在宅療養ネットワーク代表理事の英早苗氏が講演。地域住民やボランティアを巻き込んだ事業の実際を紹介した。第2部では、在宅医療連携拠点事業に取り組んできた渭南病院の溝渕敏水氏が、地域包括ケアシステムにおける病院の役割について解説した。さらに第3部のシンポジウム「多職種で支える地域包括ケア」では、高知県で在宅医療に取り組んでいる各団体代表者が、その現状と課題について議論している。

参加者は308名で、一般市民が半数。未来を担う学生の参加もあり、有意義なフォーラムを行うことができた。

●九州：中野一司氏（医療法人ナカノ会 理事長）



九州ブロックでは、2010年に福岡にて第1回目の在宅医療推進フォーラムが開催され、以降は佐賀、熊本、宮崎と各地で実施している。そして'14年10月18～19日、鹿児島市にて、第5回目のフォーラムが開催される運びとなった。

18日は夕刻より特別講演会、そして恒例の前夜祭を盛大に開催。九州ブロックは懇親会を大事にしており、当日は136名が参加して、親交を深めた。19日には、「医療と介護の連携」をテーマに4つのシンポジウムを実施。各県より約500名もの参加者が一堂に集り、会場からも質問が飛び交う活発なディスカッションが展開された。

今回のフォーラム開催にあたっては、あえて実行委員会は設けず、九州ブロックのメーリングリストを活用して全ての段取りを執り行っている。このことで、費用も手間も大幅に省くことができ、効率的にフォーラムの企画、運営を進めることができた。

今後は、第6回を大分、第7回を沖縄、第8回を長崎で開催し、九州地区を一巡する予定である。

基調講演

「地域包括ケアと在宅医療・介護連携について」

【演者】原勝則氏（厚生労働審議官）

【座長】鳥羽研二氏（独立行政法人国立長寿医療研究センター 総長）

医療と介護の連携促進で地域の受け皿をつくる



2014年6月の国会で成立した、医療介護総合確保推進法。基調講演では、老健局長としてその創設に尽力した原勝則氏が登壇し、同法制定の狙い、およびその概要について解説した。

まず原氏は、同法制定が議論されるようになった背景について、次のように説明した。

国は以前から診療報酬改定などを通じて在宅医療の推進を図ってきたが、現在に至るまで大きな成果は得られなかった。そこには、そもそも地域で暮らせるだけの介護の体制整備が不十分であるという、大きな課題がある。在宅医療を推進するなら、医療だけではなく介護の問題も同時に考えていかなければ、根本的な解決にはならない。そこで、地域の医療と介護の連携を促し、その一体的な整備を図ることで、地域の受け皿をしっかりと作っていかうというのが、この法律の狙いである。

原氏はこのように説明した上で、「病院の機能分化と連携という課題も、“川上の改革”だけでなく、地域の受け皿づくりという“川下の改革”と合わせて行う必要がある」と指摘。その意味でこの法律は、病院完結型医療から地域完結型医療への転換を図るものでもあった。

地域の実情を知る市町村の役割が重要

続いて原氏は、医療介護総合確保推進法の中身について、その要点を整理した。同法の最大のポイントは、医療提供体制改革と地域包括ケアシステム構築という2つのことを、一体的に図ろうとするところにある。そのため手段について、原氏は2つの要点を挙げた。

一つは、計画づくり。医療計画および介護保険事業支援計画の整合性を図り、双方を同時一体的に進めていくこと、また、そのために消費税財源を利用した基金をつくり、財政支援によって誘導することが示されている。

もう一つは、制度面の改正。改正医療法には地域医療構想の策定が盛り込まれ、また介護保険法においては地域支援事業の見直しが行われている。こうして制度的な側面からも地域の体制整備を図ろうとするのも、特徴的なところだ。

中でも原氏がその意義を強調したのが、地域支援事業の見直しを行ったこと。今回、地域支援事業の一つである包括的支援事業に、新たに「在宅医療・介護連携の推

進」、「認知症対策の推進」、そして「生活支援サービスの体制整備」が加えられた。すなわち、これらを担うのはあくまで市町村であることが、法律上、明確に示されたことになる。このことについて原氏は、「地域で暮らす高齢者には多様な主体による多様なサービスが必要であり、それらが個別に給付されるよりも、市町村が地域の実情を踏まえながら事業として提供する方が、効率的かつ効果的である」と述べ、医療行政にタッチしてこなかった市区町村がその役割を担うことには大いに意味があるとした。さらには、そこに保険料財源、および消費税の増収分の税収をあてられる意義も大きいとした。

大切なのは、地域全体で理念を共有すること

今回、地域支援事業の一つに位置づけられた在宅医療・介護連携推進事業には、具体的に「地域の医療・介護サービス資源の把握」、「在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議」「在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の運営等」など8つの事業が掲げられている。2015年4月より、各市町村で可能な事業から取り組みを開始し、2018年4月には全ての市町村で全ての事業を実施できるようにすることが求められる。ただし、一部の事業については群市医師会、あるいは地域の中核的医療機関やその他の団体に委託することも可能だ。

ここでの在宅医療・介護連携支援センター（仮称）とは、これまでに医政局が実施してきた在宅医療連携拠点事業の、拠点の機能を有するセンターを意味する。地域包括支援センターが住民からの相談を受けるのに対し、在宅医療・介護連携支援センターは医療機関や介護事業所等からの相談を受ける。そして、この2つのセンターと市区町村がしっかりと連携し、三者が一体となって地域包括ケアシステムの構築を進めていくという構想だ。

国は2014年度末までに、在宅医療・介護連携推進事業の実施要綱を作成する予定。一方では、見送られた消費税増税分の財源をどうしていくのか、そして、今回の構想の核となる市町村の体制をいかに創り上げていくのか、といった課題もある。原氏は、「市町村のトップである首長が、いかに本気になって取り組むかが重要」と述べた上で、「まずは市町村長が中心となって地域の医師会、医療団体などと議論を重ねる必要があり、同時に都道府県にも、そういった市町村の取り組みをしっかりとサポートして頂きたい」と呼びかけた。

最後に、地域包括ケアシステムを実現するには、規範的統合、すなわち関係者が同じ理念、目的を共有することが何よりも大切であると、原氏は強調。「決して簡単ではないが、関係者が一体となり、着実に進めていかなければならないと考えている」と結んだ。

シンポジウム

「在宅医療・介護連携に先駆的に取り組む 市町村の紹介」

【演者】 亀井利克氏 (名張市長)

秋山浩保氏 (柏市長)

【座長】 田中滋氏 (慶応義塾大学 名誉教授)



少子高齢化対策に独自の取り組み

地域包括ケアシステムの構築に向けて独自の取り組みを展開してきた、三重県名張市。市長の亀井利克氏は、その具体的な活動を紹介した。

まず亀井氏は、名張市の地域特性について次のように語った。大阪のベッドタウンとして宅地開発が進み、団塊世代が一気に流入した名張市。人口は急増したが、その後、2000年をピークに減少に転じ、現在は高齢化が急速に進行している。

そのような状況の中、名張市では10年ほど前から、2つのことに取り組んできた。一つは生涯現役のまちづくり、もう一つは少子化対策だ。元気な高齢者を増やすため、介護予防や疾病予防、栄養指導、健康づくり、生涯学習やボランティアなど、幅広い活動を展開。一方では子育て支援にも積極的に取り組んできた。その結果、市民の健康寿命は着実に伸び、男性78歳、女性81歳と、全国平均よりも遥かに高い水準まで上昇。子どもの年間出生数も徐々に増加し、人口の自然減をほぼ食い止めるところまで、成果を出している。

住民自治組織が全ての地域活動の土台に

では、その名張市で地域包括ケアシステムがいかに構築されてきたか、亀井氏は三つの取り組みを紹介した。

一つ目は、「地域づくり組織」。少子化、高齢化が進む日本において、やがて社会保障の限界が来ることは明らかである。これをカバーするためには、自助、共助も含めあらゆる地域の資源を結集した“地域力”を高めていく必要がある。そこで名張市では、地域福祉を住民の支え合いによって推進していけるような住民自治の仕組みづくりに力を注いできた。

具体的には、住民によって構成された「地域づくり委員会」を、小学校区単位、市内15地域に設置。住民が自ら考えた事業を自らの責任で主体的に運営し、市はその活動を交付金により支援する。亀井氏は、「こういった活動を積み重ねることによって住民自治の熟度を高め、福祉をはじめ防災、防犯、子育てなど全ての地域活動の土台となるものを地道に創り上げてきた」と述べ、地域づくりこそが名張市の取り組みの最大の特徴だと説明した。

二つ目は、「まちの保健室」。これは地域包括支援センターの出先機関として設けられているもので、地域のコミュニティを生かす観点から、地域づくり委員会と同様に小学校区単位で設置。それぞれに看護師や介護福祉士、ケアマネージャーなど2~3名の専門職を配置している。特徴的なのは、「まちの保健室」と「地域づくり委員会」が連携し、健康づくり、介護予防などの事業を協働で行っていること。連携する2つの組織を土台に、これからは子育て相談支援など幅広い事業を展開していく計画だ。

そして三つ目は、「在宅医療支援センター」の開設。これは、地域の限りある医療資源を効果的に活用すべく、関係機関の連携を強化し、在宅療養者と家族を総合的に支援するための拠点である。2009年より名張市と医師会とで協議を開始し、2011年4月に立ち上げたもので、医師会が市からの委託を受けて運営を行っている。さらに地域包括支援センターとも連携することで、地域の在宅医療・介護連携の拠点としての機能も果たしている。

医師会の積極的な関わりで連携推進

このような一連の活動を始めたのは、名張市がかつて行った市民アンケートがきっかけとなっている。介護が必要になった時にどこで過ごしたいかという問いに対し、市民の70%が「自宅での介護を希望する」と回答。ところが、最期まで自宅で療養することができると思うか、という問いには「できる」と答えた市民はわずか7%に留まった。「これは在宅療養に対する医療体制、支援体制が十分ではなく、自宅で最期を迎えるのは現実的ではないと、多くの住民が考えているため」と亀井氏。この結果を受けて奮起したのが、医師会だった。

亀井氏は、今回の取り組みの中心的な役割を医師会が果たしてきた意義を強調。「在宅医療は医師の占有業務が多く、三師会（医師会・歯科医師会・薬剤師会）の協力体制はもちろん、病診連携、診診連携、多職種連携をよりスムーズに行う上で、医師の協力は欠かせない。今回、医師会が在宅医療支援センターの運営を一手に引き受け、中心となって活動してくれたことは大きな力になった」と語った。その上で、「医療介護総合確保推進法の成立は、在宅医療・介護の新たなステージの幕開けであり、これからは医師会をはじめ地域のあらゆる資源を総動員したまちづくりに、しっかりと取り組んでいきたい」と結んだ。



高齢化率 41%の地域を舞台にまちづくりを展開

実在のまちをモデルに高齢社会のまちづくりのあり方を検証してきた、「柏プロジェクト」。千葉県柏市の市長、秋

山浩保氏は、このプロジェクトが始まった経緯とその概要、成果について語った。

プロジェクトの対象となった柏市中央部の豊四季台地域は、1964年の大規模団地建設で子育て世代が一気に流入したエリア。近年は、住民の高齢化が急速に進行し、高齢化率は実に41%を記録している。

これに対して、65歳以上の要介護者の割合はわずか10%。理由は、自立度が下がると住み続けるのが困難となり、ほかの地域へ移住するケースが多いからだ。すなわち、豊四季台地域は高齢化が進行しているながら、要介護者の暮らしにまちが適していないという大きな課題を抱えており、この問題に向き合っていくために2010年に発足したのが、東京大学、UR都市機構、柏市の三者による、「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」だった。

同研究会が目指したのは、いつまでも安心して生活できるまちをつくること。「そのためには、在宅医療の普及が不可欠であり、柏市は、日常生活圏における医療・介護サービスの整備は市町村が責任を持って行う覚悟を決めた」と秋山氏。そして2010年には、地域医療と介護の調整を行う部署として、市に新たに福祉政策室を設置し、柏市医師会と密に連携しながら、在宅医療推進に精力的に取り組んできた。

在宅医療普及に向け、五つの取り組みを実施

では、具体的にどのような取り組みを行ってきたのか、秋山氏は五つの活動を紹介した。

一つ目は、「在宅医療に対する負担を軽減するバックアップシステムの構築」。主治医・副主治医制によるグループ診療ができる体制を作ると同時に、病院のバックアップ体制の確保を行った。

二つ目は、「在宅医療を行う医師等の増加および多職種連携の推進」。まずは医師を増やすため、在宅医療の知見を体系的に整理したプログラムを作成して研修を実施。同時に訪問看護の充実強化を図った。多職種連携の推進については、「人と人との関係」ができれば自ずと情報共有が進む、との仮説に基づき、まずはとっかかりとして顔の見える関係会議やワーキンググループ、エリア別会議などをさまざまに展開。多職種が顔を合わせる場を意識的に設ける活動を、積極的に繰り広げていった。

三つ目は、「情報共有システムの構築」。まだ活用は一部に留まっているが、タブレット端末やパソコンなどIT機器を活用し、情報共有をスムーズにするための仕組みづくりを行った。

四つ目は、「市民への啓発、相談・支援」。市民に在宅医療への理解を深めてもらうため、地域の勉強会などを通じて啓発を行った。

そして最後は、「柏地域医療連携センターの設置」。柏市医師会、柏歯科医師会、柏市薬剤師会の寄付を受け、豊四季台地域の中心部にセンターを建設。上記の4つの取り組みを実施する拠点を設けた。

市町村と医師会がタッグを組んで活動を推進

以上の取り組みで何が得られたか、秋山氏は活動の成果を次のように整理した。

まず、在宅医療研修の修了者数は247名。うち医師は44名。在宅療養支援診療所数も2010年11月時点で15カ所だったものが、2014年3月までに28カ所に増えている。中でも、外来と在宅を兼ねた診療所が26カ所と多くなっており、今後は通院から在宅医療への継続的な関わりが広がることが期待される。

一方、在宅療養支援診療所における看取り数は、2010年度の53件から、2012年度は110件に増加。秋山氏はこの数字について、「増えてはいるが市全体でみるとまだ少なく、登山に例えるなら一合目から二合目にきたところ。今後さらに増えると見込んでいる」と語った。

最後に秋山氏は、「地域の医師会がロケットエンジンなら、その動きを加速させるのが市役所の仕事」と述べ、市町村と医師会が同じ方向を向いて取り組むことの大切さを強調。「これまでの取り組みは、豊四季台地域という点での活動にすぎず、これからは全市に展開していきたい。そのために、これからも地域の先生方としっかりタッグを組んで、地道な取り組みを積み重ねていきたい」と、意気込みを語った。

《質疑応答》

——名張市および柏市における地域包括ケアシステム構築に向けた素晴らしい取り組みを、今後、全国各地の市町村でも展開していくためには、どのようなことが求められるのか。

亀井 名張市では何よりもまず、地域づくりをベースに全ての地域活動を展開してきた。まずは地域住民が協力し合える土壌を、じっくりと創り上げていくこと。それができたら、あとはその土台の上に事業を乗せていけばいい。もう一つ、欠かせないのが医師会の協力。我々も、これから一層の連携を図りたいと考えている。

秋山 柏市の場合、東京大学のサポートがあったからできたと思われがちだが、実際にはプロジェクトの立ち上げ時を除き、ほとんどの活動を我々と医師会の手で行ってきた経緯がある。その点からも、柏市のモデルは決して柏市だけの特別なモデルではないと考えている。積み上げたノウハウはほかの地域でも十分に応用できるものであり、どの市町村でも必ずできると思っている。

討論会「市町村とかがりつけ医・在宅医療・介護連携のキーポイントは」

【演者】佐々木昌弘氏（厚生労働省医政局 地域医療計画課 在宅医療推進室 室長） 石田光広氏（稲城市 福祉部長）

鈴木邦彦氏（公益社団法人日本医師会 常任理事）

佐藤 徹氏（公益社団法人日本歯科医師会 常務理事）

太田秀樹氏（一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会 事務局長）

齋藤訓子氏（公益社団法人日本看護協会 常任理事）

森 昌平氏（公益社団法人日本薬剤師会 副会長）

鷲見よしみ氏（一般社団法人日本介護支援専門員協会 会長）

【座長】新田國夫氏（一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会 会長）

●佐々木昌弘氏（厚生労働省医政局）



佐々木昌弘氏は、在宅医療・介護連携推進のポイントについて、「受け皿」、「地域医療構想」、「市町村」、「小児」、「地域社会」という五つのキーワードを挙げて説明した。

まず「受け皿」。これは退院後の受け皿の意味で用いられることが多いが、生活の視点でみると在宅にこそ日常があり、受け皿はむしろ入院医療と捉えることができる。

では日常生活の中にある在宅医療に、受け皿としての入院医療をどう織り込んでいくのか。それが今回の医療法改正の最重要テーマである「地域医療構想」だ。都道府県が住民の視点を交えながら作成し、それを二次医療圏単位で推進するというのが、その基本骨格である。

そして、この地域医療構想を実際に進めていくために重要な役割を担うのが「市町村」である。在宅医療推進は市町村が主体的に取り組んでいくべき課題と位置づけられ、そのために今回、新たな基金が設けられた。

その在宅医療推進にあたっては、生まれてから人生の最終段階まで地域で支えるという時間軸で整備する必要があり、「小児」の在宅医療も重要だ。この時間軸に加え、「地域社会」という空間軸で、在宅医療の普及を図ることが今、求められている。

このように説明した上で佐々木氏は、「まずは日常生活の最前線で地域包括ケアシステムを市町村が中心となって構築し、それを都道府県が二次医療、三次医療といったところで重層的に地域医療体制を構築することにより支える」と、国の構想の大枠を解説。「その実現のために、まずは顔が見える関係の構築が重要。そして顔が見えたその後に具体的な課題にどう向き合っていくのか、問題解決能力が大いに問われてくるだろう」と問題提起した。

●石田光広氏（稲城市福祉部長）



自治体は、在宅医療・介護連携推進に主体的に取り組むことが求められている。石田光広氏は東京都稲城市における今後の展開について語った。

「稲城市はいわゆる先進地域とは異なる

り、在宅医療の推進はまさにこれからという地域である」と石田氏。だからこそ、今回の事業は早期実現を目指すべきとの考えから、2015年4月の実施に向けて目下、準備を進めている。限られた時間の中、限られた人員体制で最大限、効率的かつ効果的に事業を遂行するにはどうしたらいいか。稲城市では二つの既存事業を通じて、実施していく計画だ。

一つは2013年10月より展開してきた、「摂食・嚥下支援推進事業」。ここでは、まず協議会を作り、対象者を把握し、関係者の顔が見える関係を作った上で、研修会を実施する、という一連のプロセスを踏んできた。このスキームを、これから在宅医療・介護連携推進事業にも応用していく方針である。さらにもう一つ、稲城市では今回の在宅医療介護連携を視野に入れ、2014年10月より前倒して「在宅医療支援推進事業」を実施してきた。この二つの既存事業を生かす形で、市町村が取り組むべき七つの事業項目を、全て実施する予定である。

一方では地域の医師会とも連携をとり、「在宅医療・介護連携の相談窓口」などは依託して実施する計画。この相談窓口については医療機関内ではなく、あえて市役所内に設置することで、幅広い相談に応じられる体制を整備していく方針だ。

以上の取り組みを説明した上で石田氏は、「既存資源を生かすなど今後もさらに知恵を絞って、稲城市ならではの地域包括ケア構築を目指したい」と語った。

●鈴木邦彦氏（日本医師会常任理事）



鈴木邦彦氏は、日本医師会の立場から、日本の医療が進むべき今後の方向性について提言した。

診療報酬改定で在宅復帰が全ての病床に求められるようになり、在宅での医療ニーズはますます増加することが見込まれる。これまで我が国では長年に渡り高度急性期医療に光が当たってきたが、急速な高齢化と人口減少により、これからは“地域に密着した医療”へのニーズが高まることは必至だ。

この状況にどう対応していくのか。鈴木氏を団長とする調査団は、日本医師会の支援を得て、欧米諸国のモデ

ルを数年に渡り調査してきたが、理想的な医療制度というものは存在せず、むしろ日本の医療制度の優れた点に改めて気づかされたという。鈴木氏は、「日本には、何かあれば入院できる中小病院や有床診療所が多く、また診療所の質も高いため、高齢者に便利なワンストップサービスも提供できる。これら既存の医療資源を存分に生かし、日本独自のモデルを構築するほうが現実的ではないか」との見方を示した。

また鈴木氏は、郡市区医師会の役割が重視されていることについて、「数年前のこのフォーラムでは、“医師会が動かない”といった発言が相次ぎ非常に残念だったが、こうして大きな期待を寄せて頂いていることをたいへん嬉しく思う」と述べ、今後は生涯教育制度の充実などを通じて、かかりつけ医の充実強化に力を注いでいくことを表明した。最後に、「超高齢社会において、我々には先進国における人生の最期にふさわしい看取りの場を提供する責務がある」と決意を新たに、「それができる医療介護提供体制とまちづくりの構築のために、医師会としての努めをしっかりと果たしたい」と意気込みを語った。

●佐藤徹氏（日本歯科医師会常任理事）



佐藤徹氏は、在宅高齢者への歯科医療の重要性と、その現状や課題について問題提起した。

歯科医療と全身の健康との関係については、実にさまざまなエビデンスが報告されている。例えば、義歯装着による咬合の確保が生存期間に大きく影響すること、あるいは、残存歯数の減少により認知症の発症リスクが高まることなどである。佐藤氏は、食事の形態を変えずに食べることは、栄養や免疫機能の面からも非常に重要であることを指摘。「一般の歯科治療は、即座に命に関わるようなものではないが、長期的な栄養評価という視点で見ると、むしろ生死に関わる非常に重要なものだ」と語り、食べることを支える歯科医療の重要性を強調した。

では、在宅歯科医療の現状はどうなっているのか。要介護者の9割が歯科治療または専門的な口腔ケアを必要としているとの研究報告があるが、実際には後期高齢者の歯科の受療率は極めて低く、充足率はわずか5.8%に留まっている。さらには、在宅療養支援歯科診療所の届出状況も都道府県による格差が非常に大きく、需要と供給には大きなアンバランスが生じている状況だ。

佐藤氏は、歯科治療を必要とする要介護高齢者に支援が届いていない現状について、「この問題を解決していくことは、歯科医療に携わる我々の命題である」と宣言。今後の取り組みとして、入院をきっかけに歯科治療が分

断されない仕組みを作ることや、周術期口腔機能管理ががん以外の疾患にも適用できるようにすること、さらには在宅療養支援歯科診療所へのアクセス促進を図ることなど、具体的な課題を提示した。

●太田秀樹氏（全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長）



太田秀樹氏は、在宅医療の実践者の立場から、高齢多死社会における医療のあり方について語った。

平均寿命と健康寿命の乖離が物語るように、人は何らかの理由で健康をそくなった後、誰かの世話にならなければ暮らしていけない期間を経て死に至る。この虚弱な期間を従来の病院中心のヘルスケアシステムで支えることはできず、地域包括ケアシステムの構築は必然だ。太田氏はそう述べた上で、医療に求められる役割が大きく変化していることを指摘。「急性期医療から終末期医療へ、命を救う医療から人生を支える医療へ、そして専門医から総合的な診療のできる医師へ。これからは人生をみてる医者が求められている」と述べ、在宅医療への期待が大いに高まっているとの認識を示した。

ところが一方では、在宅医療の普及状況は自治体によって相当な格差が生じてしまっている。これに対して太田氏は、日本医師会と全国在宅療養支援診療所連絡会とが協働で在宅医療推進のためのDVDを制作するなど、さまざまな啓発活動を行っていることを紹介。在宅医療を担う医師の拡充に努めていることを報告した。

最後に太田氏は、専門職、行政、市民という三者の関係をオーケストラに例えて解説。「オーディエンス（市民）に感動を与えるためには、プレーヤー（専門職）が美しい音楽を奏でる必要がある。そのためにはしっかりとしたスコアが不可欠で、それを作るコンポーザーの役割を果たすのが行政である」として、関係性を整理した。その上で、「プレーヤーが奏でる音楽で、そこにいる全員が感動を共有できるかどうか。この感動の共有こそが、地域包括ケアに魂を吹き込むのだ」と語った。

●齋藤訓子氏（日本看護協会常任理事）



齋藤訓子氏は日本看護協会の立場から、在宅医療における看護の役割と、その現状や課題について語った。

虚弱な高齢者が地域で長期間、暮らし続けるために、日本はどのような社会を築いていけばいいのか。齋藤氏は、超高齢社会を迎える日本のあるべき社会について、次のような展望を示した。まず、医療や介護の高品質なサービスが最期まで切れ

目なく受けられ、かつそれが本人や家族の負担にならないこと。そして、住みなれた地域で社会の一員として長く暮らしていけること。さらには、本人の意見や権利が尊重され、尊厳が保たれるような社会である。齋藤氏は、「その実現に向けて私たち看護師には、在宅療養を最期まで支え切る、ということが何より求められる」と述べ、そのための具体的な課題を挙げた。

まず、訪問看護・介護領域の人材確保の問題。日本には約154万人の看護職がいるが、そのうち訪問看護師はわずか3万4000人。担い手をいかに増やすかは、今後の最大の課題だ。次に、訪問看護事業所の基盤強化。訪問看護事業所の数は徐々に増えているものの、5人未満の小規模事業所が全体の6割を占めており、基盤強化に向けた取り組みも、訪問看護の拡充には不可欠といえる。

さらに齋藤氏が強調したのが、訪問看護師の連携・調整能力の強化の重要性である。「看護師は基礎教育でコミュニケーション技術を学んでおり、その看護師が、多職種が関わる在宅の現場で翻訳機能を担えば、スムーズな連携につながるのではないかと提案。その上で、「私たちを連携構築のキーパーソンとして役立てて欲しい。そのためにも、全国各地にある日本看護協会の支部を、ぜひ活用して頂きたい」と呼びかけた。

●森昌平氏（日本薬剤師会副会長）



森昌平氏は、日本薬剤師会の立場から、地域包括ケアシステムにおける薬剤師の役割について語った。

医薬分業元年といわれた1974年以降、薬局における薬剤師の業務は大きく変化してきた。処方箋の調剤業務に加え、服薬指導や薬剤管理、後発医薬品の調剤、在宅調剤、最近では多職種連携も薬剤師の重要な業務の一つに位置付けられている。

このような中、薬局および薬剤師に求められることとして森氏が挙げたのは、訪問薬剤管理指導の量と質の確保だ。現在、訪問薬剤管理指導を届出ている薬局は全体の8割を占めているが、実践しているのはわずか4分の1。その一方で、在宅では薬剤に関する問題がさまざまに発生しており、中でも飲み残しの量は年間約500億円とも推計されている。森氏は、「訪問薬剤管理指導による薬剤管理や副作用の管理を適切に行うことで、約400億円は節約できるとの試算もあり、薬剤師はこの問題にしっかりと向き合っている必要がある」と問題提起した。

以上の課題を受けて、日本薬剤師会は在宅医療推進に向けた三つのアクションプランを展開中だ。まず、薬局および薬剤師のスキルアップを図ること。次に、麻薬や無菌調剤に対応できる薬局をインターネット上に公開す

るなど、薬局の在宅医療への応需体制を整備すること。そして、地域連携の促進、薬局機能の理解の促進である。

最後に森氏は、今後は地域の薬局が“かかりつけ薬局”としての機能を果たす必要があると強調。「そのためにも全国708の地域薬剤師会の役割は大きく、市町村や地域医師会などと連携をとりながら、地域包括ケアの中で我々に求められる役割を全うしていきたい」と結んだ。

●鷺見よしみ氏（日本介護支援専門員協会会長）



鷺見よしみ氏は、ケアマネジャーの視点から、在宅ケアの現状および課題について語った。

在宅ケアの利用者は、さまざまな課題を複合的に抱えているケースが多く、そのニーズは実に多様である。一方で制度のほうは複雑化が進み、利用者には理解が難しい。そういう中でケアマネジャーには、「利用者の状態をしっかりと把握した上で、その人が在宅サービスを最大限に有効活用できるような支援を行うことが求められる」と鷺見氏。「そのためには、何よりも利用者の疾病に対する向き合い方を私たちがよく理解し、共有することが重要。その上で、あくまで利用者の視点を大切にしながら、その人にとって本当に必要な支援をつなぎ合わせていくことが、私たちの役割である」と位置付けた。

一方、連携については、「福祉の現場と医療の現場では、連携の仕方に違いがあると感じている」と指摘。「医療は確立された指示系統がある中での連携なのに対して、福祉は合議体で、しかも依頼と協力といったゆるやかな関係の中で連携をとっている。この違いを、互いによく理解する必要があるのではないかと問題提起した。

また、今回の制度改正では、多職種連携を促進するため、サービス担当者会議をはじめチームカンファレンスの場が多く盛り込まれている。その中でケアマネジャーが果たすべき役割について鷺見氏は、「あくまで利用者視点に立ち、その代弁機能を果たすこと」と繰り返し強調。「そのためには多職種と有機的に関わる努力を惜しまないこと、必要とされている情報を的確に伝えること、相手に有用な情報をきちんと伝えられるようにすることを、私たちは常に心掛けていかなければならない」と語った。

《質疑応答》

——各団体が同じ目的、同じ理念を共有し、連携体制をしっかりと築いていくために必要なことは何か。

佐々木 社会保障審議会医療部会では、リーダーとコーディネーターの存在が必要との指摘があるが、その中でリーダーはかかりつけ医が担っていくのが適切ではない

かと考えている。一方、今回は詳しく述べなかったが、リハビリ関係職種や医療ソーシャルワーカーなども“つなぐ役割”として重要な存在となるだろう。

鈴木 かかりつけ医にはリーダーの役割を担って欲しいが、これからはトップダウンのような垂直連携ではなく、水平連携の中でその役割を果たしていくべき。在宅医療は急性期医療のように一刻を争う医療ではなく、その分、チームで話し合いながら取り組む必要があるからだ。そして、現場での実務的な部分については、訪問看護師が中心となって動いて頂く必要がある。

太田 現場では医師よりもむしろ看護師が主役。連携の要として看護師の職能を生かすことが重要だ。看護が担う“療養上の世話”と、介護が担う“身体介護”はオーバーラップするが、両者に上下の関係はない。看護師が、介護の持つ生活情報を十分に生かしながら共同作業を行っていくのか。これが、看護と介護の連携のたいへん重要なカギとなる。

齋藤 看護と介護の役割が重なり合う中で、私たちは医療職として果たすべき役割をしっかりと全うしなければならない。それには、現場で判断等に困った時、相談にのって頂くなど、医師のサポートが欠かせない。訪問看護師が現場で期待される役割をしっかりと全うできるよう、かかりつけ医や医療機関の医師には、ぜひ心強いサポーターとなって頂きたい。

——市町村や地域の医師会、歯科医師会など各団体は、今後の展開についてどのように考えているか。

石田 自治体の目標はあくまで、「高齢者が地域で暮らし続けること」にある。そのための道具として我々は介護保険を活用し、10年以上もの歳月をかけて、地域に必要なサービスを自ら設計して実践するという大仕事に取り組んできた。今回の在宅医療介護連携は、その介護保険に組み込まれている以上、必ずやらなければならないし、できていると思っている。そのためには、今ある地域資源を高齢者が暮らし遂げるためにどう使うか、という地域分析能力が、自治体には強く求められるだろう。

佐藤 多くの歯科診療所が歯科医師1人体制という状況の中にあって、在宅歯科医療は年々増加してきており、現場の努力には心から敬意を表したい。とはいえ、供給はまだ大幅に不足しているのが実情。これからは、かかりつけの歯科医が、外来受診ができなくなった患者のもとへ在宅訪問する、あるいは入院先へ赴くかたちで継続的に関わることが必要。郡市区歯科医師会にはその覚悟を持って取り組むことが求められており、日本歯科医師会ではそのためのアクションプランを作成中だ。

森 在宅の現場で活躍できる薬剤師を育成していくことが重要と考えている。そのためには、薬学教育において5

年次に組み込まれている実習の場が、在宅医療を学ぶ貴重な機会となる。在宅での実習は当然ながら患者の協力が必要であり、同時にチーム全体の理解も必要だ。ぜひ、学生が在宅医療についてしっかりと学んでいけるよう、多職種の皆さんに協力をお願いしたい。

鷲見 今後、地域ケア会議にケアマネジャーがどう参画していけばいいのか、日本介護支援専門員協会ではそのための研修会をスタートしたところだ。何よりも大切なのは利用者主体での支援であり、そのカギは私たちケアマネジャーだと認識している。利用者の代弁者としての役割を果たせるよう、今後も力をつけていきたい。

《コメンテーターより》

●辻哲夫氏（東京大学高齢社会総合研究機構特任教授）

若年死が大幅に減少し、日本はこれまでにない長寿社会を迎えることとなった。これは、専門医制を中心とする“治す医療”が成功したことを意味している。ではなぜ今、支える医療が必要とされているのか。それは医療の進歩により長生きできるようになった我々が、その長い人生を最期まで“生活者”として生き切るためにほかならない。

自宅療養は、入院とは環境が全く異なる。例えば、同じガン末期の人をとっても、ペットがそばにいて、大音量で音楽が聴けて、好きなものが食べられて、酒を飲んでも叱られない。このように、生活者として生きることを支える医療、すなわち在宅医療を我々が必要とするのは、いわば長寿社会の必然といっていい。それにより医療システムは完成すると言えるのであり、我々は今、歴史の必然を歩んでいるのである。

最大の山場は、団塊の世代が75歳を迎える2025年から90歳を迎える2040年までである。時間は限られており、今が医療改革の正念場だ。国の制度改革によって、責任の所在もはっきりした。地域の医療・介護連携の推進は今後、行政が取り組まねばならない大きな課題だが、日本の行政は責任が明確であれば必ずやり遂げる力を持っている。もちろん、かかりつけ医が基本である以上は地区医師会の力も欠かせない。やるべきことは明確で、あとは実践あるのみという段階まで来ているのである。

しかしながら、取り組む人はまだ少ない。皆さんには地域に戻って仲間を増やして頂くことをお願いしたい。とりわけ医師には、この問題にしっかりと向き合って頂くことを期待している。

今はまだ、医療改革はゆっくりとしか進んでいないのは確かだ。しかしここを乗り切れば必ず、一気に改革が進むことは間違いない。我々の目標は必ず成し遂げられるものと確信している。

在宅医療推進のための共同声明

2014年11月23日

一般社団法人 全国在宅歯科医療・口腔ケア連絡会
一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会
一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会
一般社団法人 日本介護支援専門員協会
一般社団法人 日本ケアマネジメント学会
一般社団法人 日本在宅医学会
一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会
NPO法人 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク
NPO法人 日本ホスピス緩和ケア協会
NPO法人 日本ホスピス・在宅ケア研究会
公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
日本在宅医療学会
日本在宅ケア学会
日本在宅ホスピス協会 (50音順)

- ① 市民とともに、地域に根ざしたコミュニティケアを実践する。
- ② 医療の原点を見据え、本来あるべき生活と人間の尊厳を大切にした医療を目指す。
- ③ 保健・医療・介護・福祉専門職の協力と連携によるチームケアを追求する。
- ④ 病院から在宅へ、切れ目のない医療提供体制を構築する。
- ⑤ 療養者や家族の人生により添うことのできるスキルとマインドをもった、在宅医療を支える専門職を積極的に養成する。
- ⑥ 日本に在宅医療を普及させるために協力する。
- ⑦ 毎年11月23日を「在宅医療の日」とし、在宅医療をさらに推進するためのフォーラムを開催する。

独立行政法人 国立長寿医療研究センター

〒474-8511 愛知県大府市森岡町7-430
TEL.0562-46-2311 FAX.0562-48-2373
HP: <http://www.ncgg.go.jp>

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

〒102-0083 東京都千代田区麹町3-5-1全共連ビル麹町館
TEL.03-5226-6266 FAX.03-5226-6269
HP: <http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/>
Eメール: yuumizaidan@nifty.com